

ÄIDIN MIELIALAONGELMIEN YHTEYS TYTTÄREN TUNNE-ELÄMÄN OIREISIIN KOULUNALOITTAMISIÄSSÄ

Katriina Jokipelto
Syventävien opintojen kirjallinen työ
Tampereen yliopisto
Lääketieteen yksikkö
Kesäkuu 2015

Tampereen yliopisto
Lääketieteen yksikkö
Lastenpsykiatrian tutkimusryhmä

JOKIPELTO KATRIINA: ÄIDIN MIELIALAONGELMIEN YHTEYS TYTTÄREN TUNNE-
ELÄMÄN OIREISIIN KOULUNALOITTAMISIÄSSÄ

Syventävien opintojen kirjallinen työ, 42 s.
Ohjaajat: LT Reija Latva, FT Raili Salmelin, LL Tarja Sorvali

Kesäkuu 2015

Avainsanat: CBCL, EPDS, sosiaalinen toimintakyky

Äidin masennus- ja ahdistuneisuusoireiden tiedetään lisäävän riskiä lapsen tunne-elämän oireisiin. Synnytyksen jälkeisen masennuksen vaikutuksia lapsen kehitykseen on tutkittu paljon, mutta vähemmän tietoa löytyy äidin mielialaoireiden vaikutuksista lapseen koulunaloittamis-iässä. Koulun aloittaminen on kehityksellisesti herkkä vaihe ja silloin myös mahdolliset ongelmat psyykkisessä kehityksessä tulevat herkemmin esiin.

Tutkimuksen aineistona olivat 156 vuonna 2005 Tampereen yliopistollisessa sairaalassa syntynyttä tyttöä ja heidän äitinsä. Äitien masennus- ja ahdistuneisuusoireiden arviointiin käytettiin heidän täyttämäänsä EPDS-oirekyselylomakkeita. Tyttöjen tunne-elämän oireita sekä sosiaalista toimintakykyä kartoitettiin äitien täyttämällä CBCL-oirekyselylomakkeilla. Tavoitteena oli selvittää äitien mielialaoireiden määrää, tyttöjen tunne-elämän oireita sekä sosiaalista toimintakykyä. Lisäksi tutkittiin äitien oireiden yhteyttä tyttöjen psyykkiseen oireiluun ja sosiaaliseen toimintakykyyn.

Äideistä 19 %:lla esiintyi vähintään lieviä ja 12 %:lla kliinisesti merkittäviä masennusoireita. Luvut ovat samaa luokkaa kuin aiemmissa tutkimuksissa. Ahdistuneisuusoireita oli 7 %:lla äideistä, mikä ylittää hieman aiemmissa tutkimuksissa havaitun ahdistuneisuushäiriöiden esiintyvyyden. Äidin korkeampi koulutus oli mielialaoireilta suojaava tekijä. Tyttöistä noin joka kuudennella oli jonkin verran internalisoivia oireita ja kliinisesti merkittäviä oireita alle kymmeneksellä. Internalisoivien oireiden esiintyvyys oli siten suurempaa kuin aiemmissa tutkimuksissa. Äidin korkeammalla koulutuksella todettiin olevan yhteys tyttären parempaan sosiaaliseen toimintakykyyn. Äidin psyykkisillä oireilla puolestaan ei todettu olevan yhteyttä tyttären tunne-elämän oireisiin eikä tyttären sosiaaliseen toimintakykyyn, mikä poikkeaa aiempien tutkimusten tuloksista. Vastausprosentti jäi tutkimuksessa erittäin heikoksi, joten tulokset eivät välttämättä ole sovellettavissa käytännön mielenterveystyöhön.

SISÄLLYS

1	KIRJALLISUUSKATSAUS.....	6
1.1	ÄIDIN MIELIALAONGELMAT.....	6
1.1.1	Masennus- ja ahdistuneisuusoireiden esiintyminen äideillä	6
1.1.2	Äidin masennus- ja ahdistuneisuusoireiden yhteys lapsen psyykkiseen kehittymiseen	7
1.2	LAPSEN TUNNE-ELÄMÄN OIREET.....	9
1.2.1	Lapsen masennus	9
1.2.2	Lapsen ahdistuneisuushäiriöt.....	10
1.3	LAPSI KOULUNALOITTAMISIÄSSÄ	11
1.3.1	Lapsen kehityksen tyypilliset piirteet koulunaloittamisiässä.....	11
1.3.2	Psyykkinen oireilu koulunaloittamisiässä.....	12
2	TUTKIMUKSEN TARKOITUS	13
3	AINEISTO JA MENETELMÄT	14
3.1	AINEISTO.....	14
3.2	MENETELMÄT.....	17
3.2.1	CBCL-kyselylomake	17
3.2.2	EPDS-kyselylomake	19
3.2.3	Yleistietolomake	19
3.2.4	Tilastolliset menetelmät	20
4	TULOKSET.....	20
4.1	ÄIDIN JA TYTTÄREN MIELIALAOIREIDEN ESIINTYVYYS JA TYTTÄREN PSYKOSOSIAALINEN HYVINVOINTI KOULUNALOITTAMISIÄSSÄ	20
4.1.1	Äitien masennus- ja ahdistuneisuusoireiden esiintyvyys ja niiden yhteys sosiodemografisiin tekijöihin.....	20
4.1.2	Tyttärien tunne-elämän oireet ja niiden yhteys sosiodemografisiin tekijöihin	21
4.1.3	Tyttärien sosiaalinen toimintakyky ja sen yhteys sosiodemografisiin tekijöihin	21
4.2	ÄIDIN MIELIALAOIREIDEN YHTEYS TYTTÄREN PSYKOSOSIAALISEEN HYVINVOINTIIN KOULUNALOITTAMISIÄSSÄ	22

4.2.1	Äidin masennus- ja ahdistuneisuusoireiden yhteys tyttären tunne-elämän oireisiin	22
4.2.2	Äidin masennus- ja ahdistuneisuusoireiden yhteys tyttären sosiaaliseen toimintakykyyn.....	22
5	POHDINTA.....	23
	LÄHDELUETTELO	26
	LIITTEET.....	32

1 KIRJALLISUUSKATSAUS

1.1 Äidin mielialaongelmat

1.1.1 Masennus- ja ahdistuneisuusoireiden esiintyminen äideillä

Masennuksen keskeisimmät oireet ovat masentunut mieliala, mielihyvän menetys ja väsymysoireet. Masentuneen mieliala on suurimman osan ajasta alakuloinen eikä hän saa enää mielihyvää asioista, jotka ovat sitä hänelle aiemmin tuottaneet. Hän kokee olevansa jatkuvasti uupunut ja pienenkin fyysisen tai psyykkisen ponnistelun jälkeen väsymys voimistuu. Itseluottamus ja itsearvostus ovat alentuneet tai kadonneet kokonaan ja itsekritiikki sekä syyllisyydentunne puolestaan korostuneet. Depression voi liittyä myös toistuvia kuolemaan tai itsetuhoon liittyviä ajatuksia tai itsetuhoista käytöstä. Tyypillisiä oireita masentuneella ovat myös päättämättömyys, keskittymiskyvyttömyys sekä psykomotorinen hidastuminen tai kiihtyneisyys. Lisäksi masennukseen liittyy usein unihäiriöitä ja muutoksia ruokahalussa. (Lönngqvist ym. 2011.)

Depression vuosittainen esiintyvyys on vaihdellut eri maissa tehdyissä tutkimuksissa yleensä 3-10 %:n välillä. Väestötutkimusten perusteella tehtyjen arvioiden mukaan suomalaisista noin 5 % kärsii vuoden aikana depressiosta. Masennus on naisilla yleisempää kuin miehillä. Naisista yli 20 % ja miehistä yli 10 % sairastuu elämänsä aikana depression. (Lönngqvist ym. 2011.) Synnytyksen jälkeisen masennuksen prevalenssin on äideillä todettu olevan noin 10 % ja raskaudenaikaisten sekä myöhempien masennusoireiden yleisyyden olevan vielä suurempi (Najman ym. 2000a). Äidin depressio perinataalivaiheessa ennakoi voimakkaasti toistuvia masennusjaksoja, sillä yli 80 % synnytyksen jälkeen masentuneista äideistä kokee uuden masennusjakson myöhemmin elämässään (Halligan ym. 2007).

Ahdistuneisuudella tarkoitetaan sisäistä levottomuuden, jännityksen, kauhun tai paniikin tunnetta, joka lievänä esiintyessään on arkipäiväinen, normaali tunnekokemus. Ahdistuneisuushäiriöistä puhutaan, kun ahdistuneisuuden tunne on voimakasta, kestää pitkään ja

rajoittaa psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Keskeisiä ahdistuneisuushäiriöitä aikuisilla ovat paniikkihäiriö, johon voi liittyä julkisten paikkojen pelko, sosiaalinen fobia, määräkohteen pelko, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, pakko-oireinen häiriö ja traumaperäinen stressihäiriö. (Lönngqvist ym. 2011.) Ahdistuneisuushäiriöt ovat naisilla yleisempiä kuin miehillä. Suomalaisessa aikuisväestössä 4,8 %:lla naisista ja 3,7 %:lla miehistä on vuoden aikana jokin ahdistuneisuushäiriö. (Pirkola ym. 2005.)

1.1.2 Äidin masennus- ja ahdistuneisuusoireiden yhteys lapsen psyykkiseen kehittymiseen

Äidin masennuksen on todettu vaikuttavan lapseen eri tavoin eri kehitysvaiheissa. Äidin masennus- ja ahdistuneisuusoireet raskauden aikana saattavat vaikeuttaa äidin kiintymistä tulevaan vauvaan ennen syntymää, millä on todettu olevan yhteyttä lapsen kiintymyssuhteen kehittymiseen ja sitä kautta pienen lapsen psyykkiseen kasvuun ja kehitykseen (Condon ja Corkindale 1997). Äidin perinataalivaiheen masennuksen vaikutukset lapsen psyykkiseen kehitykseen ovat olleet mielenkiinnon kohteena useassa tutkimuksessa. Esimerkiksi Halliganin ym. (2007) tutkimuksen perusteella äidin masennus perinataalivaiheessa ennakoivat vahvasti lapsen depressiota nuoruusiässä vain, jos äidin masennus on myöhemmin uusiutunut. Samansuuntainen löydös on todettu myös Hayn ym. (2008) tutkimuksessa. Äidin synnytyksen jälkeinen masennus saattaa vaikuttaa äidin ja vauvan varhaisen vuorovaikutuksen laatuun ja lapsen kiintymyssuhteen kehittymiseen (Murray ja Cooper 1997). Se saattaa myös altistaa lapsen turvattoman kiintymyssuhteen kehittymiselle (Teti ym. 1995) ja tämä puolestaan vaikeuttaa lapsen tunteiden ja käyttäytymisen säätelykyvyn kehittymistä altistaen myöhemmille psyykkisille häiriöille (Cummings ja Davies 1994).

Synnytyksen jälkeisellä depressiolla on myös todettu olevan yhteyttä lapsen kognitiivisen ja sosioemotionaalisen kehityksen häiriöihin myöhemmässä iässä (Murray ja Cooper 1997). Jo masentuneen vanhemman vauvalla voidaan todeta säätelyhäiriöitä ja ongelmia sosio-emotionaalisessa kehityksessä (Goodman ja Gotlib 2002). Useassa tutkimuksessa on todettu, että ennen lapsen kouluikää sekä alakouluiässä vanhemman masennus liittyy enemmän lapsen ahdistus- ja käytöshäiriöihin kuin masennukseen (Luoma ym. 2001, Weissman ym. 2006, Ashman ym. 2008, Hay ym. 2008).

Aiemmissa tutkimuksissa on tullut esille tyttöjen ja poikien olevan eri tavalla haavoittuvia äidin masennuksen vaikutuksille. Murray ym. (1997) tutkimuksessa todettiin tyttöjen olevan vähemmän haavoittuvaisia äidin masennuksen vaikutuksille kuin poikien. Äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen on todettu lisäävän pojilla erityisesti käytöshäiriöitä. Synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsivien äitien tyttöjen on todettu olevan koulukypsempiä kuin masentuneiden äitien poikien. (Murray ym. 1997.) Nuoruudessa tytöillä esiintyi vähemmän eksternalisoivia oireita ja oli parempi sosiaalinen toimintakyky kuin pojilla, jos lasten äidillä oli ollut masennus raskauden aikana tai synnytyksen jälkeen (Korhonen 2014). Aiemmissa tutkimuksissa poikien haavoittuvuuden on esitetty olevan yhteydessä siihen, että pojilla on enemmän vaikeuksia tunteiden säätelyssä, ja tunnesuhteen ylläpitäminen erityisesti stressaavissa olosuhteissa on haastavampaa äitien ja poikien kuin äitien ja tyttöjen välillä (Weinberg ym. 2006; Weinberg ym. 2001).

Äidin yksittäistä vaikeaa masennusjaksoa haitallisempaa lapsen kannalta on pitkäkestoinen ja toistuva masennus (Luoma ym. 2001). Korhosen (2014) tutkimuksessa masennus-jaksojen toistuvuus ennusti lapsen internalisoivien oireiden kehittymistä nuoruusiässä enemmän kuin masennuksen kroonisuus tai masennusjaksojen ajoittuminen. Äidin pitkäkestoinen lievä masennus puolestaan oli voimakkain eksternalisoivia oireita ja huonoa sosiaalista toimintakykyä nuoruudessa ennakoiva tekijä verrattuna masennuksen toistuvuuteen ja ajoittumiseen. (Korhonen 2014) Masennuksen vaikeusasteella ajatellaan myös olevan merkitystä, sillä vakavampi masennus tarkoittaa yleensä suurempaa riskiä lapsen normaalille kehitykselle. Toisaalta lapsi voi ymmärtää vanhemman vakavan masennuksen sairaudeksi lievää masentuneisuutta helpommin. (Rutter 1990.)

Äidin masennuksen tiedetään lisäävän lapsen riskiä sairastua masennukseen tai muuhun psyykkiseen häiriöön lapsuudessa. Hammenin ja Brennanin (2003) tutkimuksessa todettiin kymmenenteen ikävuoteen mennessä 20 %:n masentuneiden äitien lapsista sairastuvan masennukseen, kun taas ei-masentuneiden äitien lapsista masennukseen sairastui puolet vähemmän. Beardsleen ym. (1998) katsausartikkelissa arvioitiin masentuneiden vanhempien lapsista noin 60 %:n sairastuvan psyykkisesti alle 25-vuotiaana ja näistä 40 %:n jo ennen 20. ikävuotta. Näillä lapsilla oli myös todennäköisemmin vaikeuksia kiintymys- ja ihmissuhteissa sekä enemmän syyllisyydentunteita verrattuna terveiden vanhempien lapsiin. Niistä 7-17-vuotiaista lapsista ja nuorista, joiden kummallakin vanhemmalla oli mieliala- tai ahdistushäiriö, 70 %:lla todettiin myös psykiatrinen häiriö. Jos

vain toisella vanhemmalla oli mieliala- tai ahdistuneisuushäiriö, niin 40 % lapsista sairastui, ja jos vanhemmat olivat terveitä, niin 20 % lapsista sai psykiatrisen häiriön. (Dierker ym. 1999.)

Aiemmissa tutkimuksissa masennukseen sairastuneilla on todettu olevan taustalla enemmän elämäntapahtumia, ja erityisesti erotapahtumia, kuin ihmisillä yleensä (Paykel 2003). Erityisesti lapsen koulunkäynnin aloittamisen vaikutuksista äidin mielialaan ei ole juurikaan tutkittua tietoa. Tyttären koulunaloittaminen ja suuntautuminen kodista enemmän kavereiden maailmaan saattaa olla vaikeampaa masentuneille äideille. Tyttärestä eroaminen saattaa myös lisätä äidin huolestuneisuutta ja mahdollisesti pahentaa masennusoireita.

1.2 Lapsen tunne-elämän oireet

1.2.1 Lapsen masennus

Lapsuudessa masennuksen oireet näkyvät eri ikäisillä lapsilla eri tavalla (Moilanen ym. 2004). Lapsen masennuksen ilmiäsu riippuu motorisen kehityksen vaiheesta, kielen ja ilmaisukyvyyn tasosta sekä temperamentista. Kouluikäisillä lapsilla masentuneisuus näkyy lapsen ilmeiden ja eleiden lisäksi leikkien sisällössä. Lisäksi lapsen koulumenestys heikkenee verrattuna siihen, mihin lapsi todellisuudessa pystyisi. Vaikeuksia ilmenee usein myös kaverisuhteissa. Tässä iässä masennus voi ilmetä myös itsetuhoisena käytöksenä, joka puolestaan näkyy esimerkiksi toistuvina tapaturmina ja onnettomuuksiin joutumisena. (Moilanen ym. 2004.)

Masennukseen sairastumisen riskiä lapsilla lisäävät negatiiviset elämäntapahtumat, erityisesti läheisen ihmisen menettäminen. Myös epäonnistumisen tunteet, kiusatuksi joutuminen ja sairastuminen tai vammautuminen voivat saada aikaan masennuksen puhkeamisen (Birmaher ym. 2007). Carrin (2008) katsaustutkimuksessa lapsen pahoinpitelyllä ja seksuaalisella kaltoinkohtelulla todettiin olevan selvimmin yhteyttä lapsen varhaiseen, vaikeaan ja toistuvaan masennukseen. Lapsen masennuksen puhkeamiselle merkittäviä ympäristöstä johtuvia riskitekijöitä ovat myös perheen sisäisiin ihmissuhteisiin

ja vanhemmuuteen liittyvät ongelmat. Huonon vanhempi-lapsisuhteen, rikkonaisen perheen, lapsen kaltoinkohtelun, vanhempien psyykkisten sairauksien sekä päihteiden käytön, rikollisuuden ja köyhyyden on todettu olevan yhteydessä lapsen masennukseen. (Zalsman ym. 2006, Birmaher ym. 2007)

Masennukselta suojaaviksi tekijöiksi Carrin (2008) katsaustutkimuksessa nousivat esiin hyvät ihmissuhteet lapsen perheessä, kouluympäristön positiivisuus, myönteiset kaverisuhteet ja ympäristön yhteisöllisyys. Lapseen itseensä liittyvistä ominaisuuksista älykkyys, ongelmanratkaisukyvyt, hyvät sopeutumiskeinot, sosiaaliset taidot, itserefleksio-kyky, hyvä itsetunto, pärjäävyys sekä fyysinen aktiivisuus suojaavat lasta masennuksen puhkeamiselta.

Lasten masennuksen on ilman asianmukaista hoitamista todettu usein toistuvan, pitkittyvän ja jatkuvan aikuisuuteen (Zalsman ym. 2006, Colman ym. 2007). Masennusjakso uusiutuu 54-72 %:lla lapsista 3-5 vuoden seurannan aikana (Zalsman ym. 2006). Lapsuudessa alkaneella masennuksella tiedetään olevan myöhemmin nuoruudessa monia ikäviä seurauksia kuten syrjäytymistä, päihdeongelmia, itsetuhoisuutta, teiniraskauksia sekä ongelmia koulunkäynnissä (Shaffer ja Waslick 2002).

Lapsuudessa masennusta esiintyy sekä tytöillä että pojilla lähes yhtä paljon. Suomalaisessa LAPSET-tutkimuksessa depression esiintyvyys 8-9-vuotiailla tytöillä oli 4,7 % ja pojilla 3,1 %. (Moilanen ym. 2004.) Alle 18-vuotiaiden masennuksen prevalenssiksi saatiin 0,2-12,9 % ja mediaaniksi 4,7 % meta-analyysitutkimuksessa, jossa oli mukana yhteensä 59 703 lasta (Costello ym. 2006). Vaikeaa masennusta esiintyi alle murrosikäisistä noin 2 %:lla ja alle kouluikäisistä 0,3-1,4 %:lla (Egger ja Angold 2006, Zalsman ym. 2006).

1.2.2 Lapsen ahdistuneisuushäiriöt

Lapsilla esiintyviä ahdistuneisuushäiriöitä ovat lapsuusiän pelko- ja ahdistuneisuushäiriöt, lapsuusiän eroahdistushäiriö, pelko-oireiset ahdistuneisuushäiriöt, paniikkihäiriö ja muut ahdistushäiriöt (Moilanen ym. 2004). Ahdistuneisuushäiriöiden oireita ovat pelko tiettyjä kohteita tai tilanteita kohtaan sekä pelko omasta tai perheenjäsenen sairaudesta tai kuole-

masta. Alle kouluikäisillä lapsilla on normaalisti paljon erilaisia pelkoja. Häiriöiksi pelot ja ahdistuneisuus katsotaan, kun ne haittaavat lapsen tai perheen elämää. (Puura ja Kumpulainen 2007.)

LAPSET-projektissa ahdistuneisuushäiriöitä todettiin esiintyvän 5 %:lla suomalaisista lapsista, pojista 3 %:lla ja tytöistä 7 %:lla (Almqvist ym. 1999). Masentuneiden vanhempien lapsilla on suurentunut riski sairastua ahdistuneisuushäiriöihin ja muihin internalisoiviin eli sisäänpäin suuntautuneisiin häiriöihin (Beardslee ym. 1998). Ahdistuneisuushäiriöt voivat puhjeta jo 3-5-vuotiaana lapsilla, joiden vanhemmista jompikumpi on sairastunut depression (Weissman 2006). Halligan ym. (2007) totesivat perinataalivaiheessa masentuneiden äitien lapsilla enemmän ahdistuneisuushäiriöitä ei-masentuneiden äitien ryhmään verrattuna huolimatta siitä, oliko äidin masennus myöhemmin uusiutunut.

1.3 Lapsi koulunaloittamisikässä

1.3.1 Lapsen kehityksen tyypilliset piirteet koulunaloittamisikässä

Lapsen psyykkistä kehittymistä kuvataan erilaisten kehitysteorioiden avulla. Kognitiiviset teoriat kuvaavat lapsen ajattelun kehitystä ja näistä tärkein on Piaget'n kehitysvaiheteoria. Koulunaloittamisikä ajoittuu teorian mukaan esioperationaalisen ja konkreettisten operaatioiden vaiheiden taitekohtaan. Todellisen ja kuvitellun raja on vielä häilyvä ja lapsi on vahvasti sitoutunut omaan näkökulmaansa, mutta ymmärtää jo aikuisten tarjoamia syysuhdeselityksiä. Looginen päättely ajattelussa alkaa kehittyä tässä ikävaiheessa ja ajattelu ei enää ohjaudu niin selkeästi havainnoista vaan lapsi alkaa ajatella sisäisten mielikuvien avulla. (Moilanen ym. 2004.)

Keskilapsuuden alkuvaiheessa, 6-7-vuotiaana, lapsi siirtyy kotoa laajempiin sosiaalisiin piireihin, kuten esikouluun ja kouluun. Nämä alkavat vaikuttaa lapsen sosioemotionaaliseen ja kognitiiviseen kehitykseen ja saavat aikaan muutoksia lapsen käyttäytymisessä. Esikouluikänsä tultaessa lapsen ajattelussa tapahtuu kehittymistä, jonka seurauksena hän pystyy pitämään mielessä useita samaan tilanteeseen liittyviä asioita ja kykenee näin irtautumaan välittömistä aistihavainnoista. Kouluikänsä tultaessa lapsi

ymmärtää esineiden ominaisuuksien pysyvyyden. Ajatteluun tulee lisää joustavuutta ja lapsi kykenee harkitsemaan erilaisia vaihtoehtoja ratkaistessaan ongelmia. Lapselle alkaa kehittyä käsitys siitä, että toinen ihminen voi tulkita sosiaalisen tilanteen eri tavalla kuin hän itse, mutta vasta keskilapsuuden loppupuolella lapsi kykenee näkemään tilanteen toisen henkilön näkökulmasta. Nämä ajattelussa tapahtuvat muutokset keskilapsuuden alkupuolella merkitsevät samalla luopumista monista sadunomaisista ja lapselle tärkeistä uskomuksista. (Nurmi ym. 2008.)

Oppiminen on keskilapsuudessa keskeinen kehitystehtävä. Sen kannalta tärkeässä asemassa ovat lapsen omat ominaisuudet, kuten kognitiiviset ja sosiaaliset kyvyt ja taidot sekä motivaatio ja lapsen oma käsitys itsestään oppijana. Oppimisen kannalta tärkeää on myös kyky tarkkaavaisuuden suuntaamiseen. Keskilapsuudessa kyky aktiivisesti valita tarkkaavaisuutensa kohteita, ylläpitää tarkkaavaisuutta mielenkiinnon ollessa vähäinenkin sekä vaihtaa joustavasti tarkkaavuuden kohteita ja jättää epäolennaisia asioita huomiotta kehitty nopeasti. Esiopetus ja koulun aloittaminen tuovat myös uusia haasteita lapsen hienomotoristen taitojen kehittymiselle. (Nurmi ym. 2008.)

Lapsen tullessa kouluikänsä ikätovereiden merkitys lapsen kehitykselle korostuu. Lapsi alkaa kaivata erityisesti samaa sukupuolta olevien kavereiden seuraa. Heidän seurassaan lapsi oppii sosiaalisia taitoja sekä toiminnallisia taitoja liittyen itsenäisyyteen, fyysisiin suorituksiin ja kielelliseen kehitykseen. Lapsen tunneilmaisuuksia ja kykyä omien ja toisten tunteiden tulkintaan kehittyvät asteittain. Toveripiiri opettaa myös tasapuolisuutta ja toisten näkökulman ymmärtämistä sekä tukee oikeudenmukaisuuden kehitystä. Lapsi tarvitsee laajemman kaveripiirin lisäksi henkilökohtaisia ystävyys-suhteita. Niissä lapsi oppii herkkyyttä ja luottamusta toista kohtaan. Tytöt menevät ystävyys-suhteissaan läheisemmälle tasolle kuin pojat ja ovat siten poikia valikoivampia solmiessaan ystävyys-suhteita. Riitoja ja ongelmia kaveripiirissä ratkoessa lapset oppivat tärkeitä sosiaalisia taitoja sekä myös sietämään itseensä kohdistuvaa kritiikkiä. (Nurmi ym. 2008.)

1.3.2 Psyykkinen oireilu koulunaloittamisiässä

Vanhempien haastattelun mukaan 21,8 %:lla 8-9-vuotiaista lapsista oli psyykkistä oireilua suomalaisessa LAPSET-tutkimuksessa (Almqvist ym. 1999). Samansuuntaisia tuloksia on

saatu myös muualla tehdyissä tutkimuksissa prevalenssin vaihdellessa 14-26 %. Pojilla on usean tutkimuksen perusteella havaittu esiintyvän enemmän psyykkisiä häiriöitä kuin tytöillä. (Moilanen ym. 2004.) LAPSET-tutkimuksessa psyykkistä oireilua esiintyi 23 %:lla pojista ja 9 %:lla tytöistä (Puura ym. 1998). Lasten mielenterveyden häiriöt ovat yleisempiä perheissä, jotka kuuluvat alempiin sosiaaliluokkiin, verrattuna ylempiin sosiaaliluokkiin kuuluviin perheisiin. Vanhempien matala tulotaso ja huonot asumisolosuhteet vaikuttavat erityisesti lasten psyykkisen oireilun määrään. On myös havaittu, että kaupunkilaislapsilla on enemmän mielenterveyden häiriöitä maaseudulla asuviin verrattuna. (Moilanen ym. 2004.)

Lapsen riski sairastua masennukseen on erityisen suuri kouluiässä, koska lapsi joutuu toimimaan aiempaa itsenäisemmin ja tällöin mahdolliset ongelmat ja psyykkinen haavoittuvuus saattavat tulla esiin (Mendes ym. 2012). Lapset, joille ei keskilapsuuden aikana kehity myönteistä minäkäsitystä itsestään sosiaalisen yhteisön jäsenenä ja oppijana, ovat muita alttiimpia sisäänpäin suuntautuville eli internalisoiville tunne-elämän ongelmille, kuten ahdistuneisuudelle ja masentuneisuudelle, sekä ulospäin suuntautuville eli eksternalisoiville oireille, esimerkiksi käytöshäiriöille ja aggressiivisuudelle. Lisääntyneet käytöshäiriöt ovat uhka lapsen tasapainoiselle kehitykselle ja ne ovat yhteydessä aikuisiän ongelmiin koulutuksessa ja työllistymisessä, epäsosiaaliseen käyttäytymiseen, mielenterveys- ja parisuhdeongelmiin sekä päihdeongelmiin. (Nurmi ym. 2008.)

LAPSET-tutkimuksessa masennusta esiintyi 4,7 %:lla 8-9-vuotiaista tytöistä ja 3,1 %:lla pojista. Ahdistuneisuushäiriöistä tavallisin on eroahdistuneisuushäiriö, jonka esiintyvyys lapsilla on 3,5-5,4 %. Fobioista yleisin on koulupelko, jota esiintyy 1,7-7,9 %:lla lapsista. Eksternalisoivaan oireiluun kuuluvia tavallisimpia häiriöitä lapsilla ovat käytöshäiriöiden lisäksi tarkkaavaisuushäiriöt (prevalenssi 4,3-9,9 %), joista yleisin on ADHD (prevalenssi 4-10 %). Käytös- ja tarkkaavaisuushäiriöt esiintyvät usein yhtä aikaa ja ovat pojilla yleisempiä kuin tytöillä. (Moilanen ym. 2004.)

2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää:

1. Äidin ja tyttären mielialaoireiden esiintyvyyttä ja tyttären sosiaalista toimintakykyä koulunaloittamisiässä.
 - 1.1. Äitien masennus- ja ahdistuneisuusoireiden esiintyvyyttä ja niiden yhteyttä sosiodemografisiin tekijöihin.
 - 1.2. Tyttäreiden tunne-elämän oireiden esiintyvyyttä ja niiden yhteyttä sosiodemografisiin tekijöihin.
 - 1.3. Tyttäreiden sosiaalista toimintakykyä ja sen yhteyttä sosiodemografisiin tekijöihin.
2. Äidin mielialaoireiden yhteyttä tyttären psykososiaaliseen hyvinvointiin koulunaloittamisiässä.
 - 2.1. Äidin masennus- ja ahdistuneisuusoireiden yhteyttä tyttären tunne-elämän oireisiin.
 - 2.2. Äidin masennus- ja ahdistuneisuusoireiden yhteyttä tyttären sosiaaliseen toimintakykyyn.

3 AINEISTO JA MENETELMÄT

3.1 Aineisto

Tutkimuksen alkuperäisen kohderyhmän muodostivat kaikki vuonna 2005 Tampereen yliopistollisessa keskussairaalassa syntyneet tamperelaiset tytöt sekä heidän äitinsä ($n = 1025$). Tutkimusaineisto kuuluu LL Tarja Sorvalin väitöskirjatutkimukseen, jossa selvitetään äidin masennuksen ja vanhemmuudessa kokeman stressin yhteyttä tyttären psykososiaaliseen hyvinvointiin ja tunne-elämän kehittymiseen koulunaloittamisiässä.

Edellä mainitun ikäluokan tyttöjen äideille postitettiin marraskuussa 2012 tutkimukseen liittyvät kyselylomakkeet sekä tiedote tutkimuksesta ja tutkimukseen suostumuslomake ($n = 1024$). Yhdelle äideistä ei lähetetty kyselyä osoitteen turvakiellon vuoksi. Mikäli äiti oli halukas osallistumaan tutkimukseen, häntä pyydettiin täyttämään kahden viikon kuluessa kirjeen saamisesta lapsen käyttäytymisen ja tunne-elämän oireita kartoittava lomake (CBCL), äidin masennusoireita arvioiva lomake (EPDS), vanhemmuudessa koettua kuormittuneisuutta kartoittava lomake (PSI) ja yleistietolomake. Tutkimuslomakkeet palautti ensimmäisellä postituskierroksella 160 äitiä (16 %, $n = 160/1024$). Erittäin pienen vastausprosentin perusteella todettiin, ettei uusintakierroskaan todennäköisesti nostaisi vastausten määrää riittävästi, ja sen vuoksi toista postituskierrosta ei tehty.

Tutkimuslomakkeet palauttaneiden 160 äidin tyttäristä 157 aloitti koulunkäynnin yleisopetuksessa tai jonkin erityisjärjestelyn turvin. Näistä 154:llä oli CBCL-lomake käytettävissä. Tämän tutkimuksen aineisto koostuu näistä 154 tyttärestä ja heidän äideistään. Tutkimuksessa käytettiin lapsen CBCL-lomaketta, äidin EPDS-lomaketta ja yleistietolomaketta.

Äidin ikä tutkimushetkellä oli keskimäärin 38 vuotta (alakvartiili Q_1 34, yläkvartiili Q_3 41, vaihteluväli 26-50) ja isän ikä keskimäärin 39 vuotta (Q_1 36, Q_3 43, vaihteluväli 27-57). Suurin osa vanhemmista oli suorittanut yliopistotasoisien tai muun korkeakoulututkinnon. Perhemuotona yleisin oli biologisten vanhempien ja lasten muodostama perhe, yksinhuoltajaperheiden lapsia oli 5 % ($n = 8$). Valtaosa tyttäristä aloitti tavallisen yleisopetuksen ikäluokkansa mukana syksyllä 2012. Tytöistä 85 %:lla oli vähintään yksi sisarus. Äidin ilmoituksen mukaan vajaalla viidenneksellä tytöistä oli pitkäaikainen sairaus tai vamma ja muutamalla oli todettu kehityksessä jotain erityistä mainittavaa. Noin kolmanneksella äideistä oli jokin pysyvä tai pitkäaikainen sairaus tai vamma. Valtaosa äideistä koki terveydentilansa tutkimushetkellä vähintään melko hyväksi. Mielenterveydellisistä syistä oli ollut hoidettavana viidennes äideistä ja mielenterveytensä hyväksi koki neljä viidestä äidistä. Äideistä 75 % ($n = 118$) raportoi olevansa vähintäänkin melko tyytyväinen elämäänsä. Suurin osa koki suhteen mieheensä viime aikoina erittäin tai melko hyväksi. Puolet äideistä ilmoitti olevansa huolissaan jostakin, ja tyttärensä koulunkäyntiin liittyvistä asioista oli huolta noin viidenneksellä äideistä. Perheiden taustatiedot on esitetty taulukossa 1 ja äidin terveyteen liittyvät tiedot taulukossa 2.

Taulukko 1. Tutkimusaineiston perheiden taustatietoja.

	%
Äiti (n = 156)	
Ammatillinen koulutus	
Peruskoulu	2
Ammattikoulu/lukio	14
Opisto/ammattikorkeakoulu	42
Yliopistokoulutus	41
Muu	1
Siviilisäät	
Avoliitto	75
Avoliitto	15
Naimaton	5
Eronnut	4
Leski	1
Isä (n = 153)	
Ammatillinen koulutus	
Peruskoulu	3
Ammattikoulu/lukio	26
Opisto/ammattikorkeakoulu	29
Yliopistokoulutus	39
Muu	3
Ei osaa sanoa	1
6-7-vuotias tytär (n =157)	
Sisarusten määrä	
Ei yhtään	15
Yksi	49
Kaksi	30
Kolme tai enemmän	6
Pitkäaikainen sairaus tai vamma	
Kyllä	16
Koulun aloitus	
Tavallinen yleisopetus	91
Pienluokka	2
Muu erityisopetusluokka	1
Muu	6
Perhemuoto	
Biologinen äiti ja isä	84
Yksinhuoltaja + lapset	8
Uusperhe	3
Muu	5

Taulukko 2. Äidin terveyteen liittyviä tietoja.

	%
Pitkäaikainen sairaus tai vamma (n = 156)	
Kyllä	28
Terveydentila tutkimushetkellä (n = 157)	
Hyvä	54
Melko hyvä	29
Keskinkertainen tai huonompi	17
Ollut hoidettavana miel.terv. syistä (n = 157)	
Kyllä	20
Mielenterveys tutkimushetkellä (n = 157)	
Hyvä	82
Enintään kohtalainen	18
Suhde mieheen (n = 145)	
Erittäin hyvä	37
Melko hyvä	32
Tavanomainen	20
Melko tai erittäin huono	10
Tyytyväisyys elämään (n = 157)	
Hyvin tyytyväinen	24
Melko tyytyväinen	51
Sekä tyytyväinen että tyytymätön	23
Melko tyytymätön/ei osaa sanoa	2
Huolissaan jostakin (n = 157)	
Ei	41
Kyllä	52
Ei osaa sanoa	7
Huolissaan tyttären koulunkäynnistä (n = 157)	
Kyllä	17

3.2 Menetelmät

3.2.1 CBCL-kyselylomake

Child Behavior Checklist (CBCL, Achenbach & Rescorla 2001; Liite 1) on vanhemman täytettäväksi tarkoitettu kyselylomake, joka kartoittaa lapsen toimintakykyä sekä tunne-elämän ja käyttäytymisen oireita. Kyselylomake on laajasti käytössä sekä Suomessa että kansainvälisesti. Kyselylomakkeiden analysointiin käytetään siihen kehitettyä ohjelmaa,

jonka avulla kyseisen lapsen oireita on mahdollista verrata yleensä sen ikäisillä lapsilla esiintyviin oireisiin.

Sosiaalista kompetenssia eli toimintakykyä kuvaavassa osassa on seitsemän lapsen sosiaaliseen toimintakykyyn ja koulussa selviytymiseen liittyvää kysymystä. Se sisältää kysymyksiä lapsen vapaa-ajan viettämisestä, koulusuoriutumisesta ja siitä, kuinka hyvin lapsi tulee toimeen ikätovereiden ja vanhempiansa kanssa. Vastausvaihtoehtoina ovat ”en tiedä”, ”huonommin kuin ikäisensä”, ”keskitasoisesti” ja ”ikäisiään paremmin”, jotka analysointiohjelma pisteyttää.

Lapsen käyttäytymisen ja tunne-elämän oireita kartoittavassa osassa vastaaja - tässä tutkimuksessa äiti - arvioi 118:n lapsen ominaisuuksia ja ongelmia kuvaavan väitteen sopivuutta lapseensa lomakkeen täyttämishetkellä ja viimeisen puolen vuoden aikana. Väitteiden vastausvaihtoehdot ja niiden koodaus ovat: 0 = ei sovi lainkaan, 1 = sopii jossain määrin tai toisinaan, 2 = sopii erittäin hyvin tai usein. Näiden väitteiden pistemääristä analysointiohjelma muodostaa lapsen internalisoivia ja eksternalisoivia sekä kokonaisoireilua kuvaavat summamuuttujat. Internalisoivia oireryhmiä lomakkeessa ovat ahdistuneisuus, masentuneisuus ja somaattiset oireet, eksternalisoivia oireryhmiä puolestaan levottomuus ja keskittymiskyvyn ongelmat sekä aggressiivinen käyttäytyminen. Lisäksi lasketaan kokonaisoireiden summamuuttuja, joka sisältää internalisoivat ja eksternalisoivat oireet.

Tutkimuksessa tarkasteltiin internalisoivien oireiden avulla tyttären tunne-elämän ongelmien esiintymistä sekä sosiaalista toimintakykyä käyttäen mittarina analysointiohjelman raaka-pisteistä tuottamia T-pisteitä. Internalisoivia oireita kuvaavalle T-pistesummalle on määritelty katkaisupisteet, joiden perusteella lapset jaetaan oireilemattomiin ja eriasteisesti oireileviin. Lapsella katsotaan esiintyvän jonkin verran tunne-elämän oireita, jos T-pisteitä on 60-63, ja kliinisesti merkittäviä oireita, jos pisteitä on 64 tai enemmän. Tässä tutkimuksessa käytetään internalisoivista oireista alempaa katkaisupisterajaa. Sosiaalisesta toimintakyvystä, jolle katkaisupisteitä ei ole määritelty, käytetään jatkuvia T-pisteitä.

3.2.2 EPDS-kyselylomake

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS, Cox ym. 1987; Liite 2) on kyselylomake, joka kartoittaa äidin masennusoireita. Se on laajasti käytössä sekä tutkimus- että potilastyössä. Kyselylomake on kehitetty tunnistamaan äidin raskauden jälkeisiä masennusoireita, mutta sen on todettu sopivan myös muina aikoina esiintyvien masennusoireiden havaitsemiseen (Cox ym. 1996). Lomakkeessa on 10 kysymystä, joissa kussakin on neljä vastausvaihtoehtoa; summamuuttujan laskemiseksi vaihtoehdot pisteytetään 0-3 siten, että 3 tarkoittaa vakava-asteisinta oiretta. Vastaaja valitsee parhaiten hänen vointiaan viimeisen viikon aikana kuvaavan vaihtoehdon. Lomakkeen maksimipistemäärä on 30. Tavallisimmin masennusoireiden esiintyvyyttä kuvaavana pisterajana on käytetty 12/13 (Cox et al. 1987), mutta tutkimuksissa on väestöotoksissa käytetty myös alemmää pisterajaa 9/10 kuvaamaan lievempiä masennusoireita (Matthey et al. 2001). EPDS-lomakkeesta on myös mahdollista tiettyjen kolmen osakysymyksen avulla saada esille äidillä esiintyviä ahdistuneisuusoireita, joiden maksimipistemäärä on 9. Nämä osakysymykset ovat ”olen moittinut itseäni tarpeettomasti, kun asiat ovat sujuneet huonosti”, ”olen ollut ahdistunut ja huolestunut ilman syytä” ja ”olen ollut peloissani ja kauhuissani ilman kovin selkeää syytä”. (Brouwers et al. 2001.) Tutkimuksessa käytettiin EPDS-kokonaissummasta (masennusoireet) luokiteltuja pisteitä alemmalla katkaisupisterajalla 9/10. Ahdistuneisuusoireiden osasummasta käytettiin myös luokiteltuja pisteitä katkaisupisterajalla 5/6.

3.2.3 Yleistietolomake

Tutkimuksessa käytetty yleistietolomake on suunniteltu tätä tutkimushanketta varten lastenpsykiatrisissa tutkimuksissa aiemmin käytössä olleiden yleistietolomakkeiden pohjalta (Liite 3). Sen avulla kerättiin lapseen, äitiin ja perheeseen liittyviä taustatietoja. Lomake sisältää kysymyksiä liittyen vanhempien ikään ja koulutustaustaan, perhemuotoon, aiempien lasten lukumäärään, vanhempien parisuhteen laatuun, vanhempien psyykkiseen ja fyysiseen terveydentilaan sekä tyttären kehitykseen, mahdollisiin pitkäaikaissairauksiin sekä koulunaloittamisen ajankohtaan ja koulunkäyntiin mahdollisesti liittyviin huoliin.

3.2.4 Tilastolliset menetelmät

Tilastollisina menetelminä tässä tutkimuksessa käytettiin ristiintaulukointia ja, tilanteen mukaan, khiin neliön testiä tai Fisherin eksaktia testiä, kun molemmat muuttujat olivat luokiteltuja. Ainoa jatkuva muuttuja, jota tutkimuksessa käytettiin, oli CBCL-lomakkeesta saatava sosiaalinen toimintakyky, jonka T-pisteiden jakauma oli normaali. Sen ja luokiteltujen muuttujien vertailussa käytettiin t-testiä ja yksisuuntaista varianssianalyysiä. Tilastollisesti merkitseväänä pidettiin p-arvoa < 0.05 ja tilastollisesti erittäin merkitseväänä p-arvoa < 0.001 . Tutkimusaineiston analysointiin käytettiin SPSS-tilastoanalyysiohjelmaa (versio 20).

4 TULOKSET

4.1 Äidin ja tyttären mielialaoireiden esiintyvyys ja tyttären sosiaalinen toimintakyky koulunaloittamisiässä

4.1.1 Äitien masennus- ja ahdistuneisuusoireiden esiintyvyys ja niiden yhteys sosiodemografisiin tekijöihin

EPDS-lomakkeiden kokonaispistemäärän perusteella lievempien masennusoireiden pisterajan ylitti 19 % ($n = 29$) äideistä ja kliinisesti merkittävien oireiden pisterajan 12 % ($n = 18$) äideistä. Ahdistuneisuuteen viittaavia oireita oli 7 %:lla ($n = 11$) äideistä.

Äidin koulutuksen havaittiin olevan masennukselta ja ahdistuneisuudelta suojaava tekijä. Yliopistotasaisen koulutuksen saaneista 11 %:lla ($n = 7/63$) oli vähintään lieviä masennusoireita, ammattikorkeakoulu- tai opistotasaisen koulutuksen saaneista 15 %:lla ($n = 10/65$) ja muun koulutuksen saaneista 48 %:lla ($n = 12/25$; $p < 0.001$). Ahdistuneisuusoireiden osalta vastaavat osuudet olivat 5 % ($n = 3/63$), 5 % ($n = 3/65$) ja 20 % ($n = 5/25$, $p = 0.048$). Äidin iän ja masennus- ja ahdistuneisuusoireiden välillä ei

havaittu olevan tilastollisesti merkitsevää yhteyttä. Perhemuodolla ja äidin EPDS-lomakkeiden kokonaispistemäärälläkään ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä. Perheissä, joihin lasten lisäksi kuuluivat lasten molemmat biologiset vanhemmat, 5 %:lla ($n = 7/129$) äideistä oli ahdistuneisuusoireita kun taas muissa perhemuodoissa vastaava luku oli 16 % ($n = 4/25$). Tulos on tilastollisesti suuntaa-antava ($p = 0.060$). Lasten lukumäärällä ja äidin masennus- ja ahdistuneisuusoireilla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä.

4.1.2 Tyttörien tunne-elämän oireiden esiintyvyys ja niiden yhteys sosiodemografisiin tekijöihin

Internalisoivien oireiden alemman katkaisupisteen ylitti 15 % ($n = 23$) tytöistä, toisin sanoen heillä oli kyseessä olevia oireita jonkin verran. Kliinisen pisterajan ylitti 8 % ($n = 13$) tytöistä.

Äidin iällä tai koulutuksella ei todettu olevan yhteyttä tyttären tunne-elämän oireisiin. Sisarusten määrällä ja sillä, hoitivatko lasta biologiset vanhemmat yhdessä vai äiti yksin tai toisen miehen kanssa ei myöskään ollut vaikutusta lapsen internalisoivien oireiden alemman katkaisupisteen ylittäneiden osuuteen.

4.1.3 Tyttörien sosiaalinen toimintakyky ja sen yhteys sosiodemografisiin tekijöihin

CBCL-lomakkeen mukaan tyttöjen sosiaalisen toimintakyvyn T-pisteiden keskiarvo oli 51 (SD 8, vaihteluväli 28 - 80).

Tutkimuksessa havaittiin äidin koulutuksen ja tyttären sosiaalisen toimintakyvyn pistemäärän välillä tilastollisesti merkitsevä riippuvuus ($p = 0.001$). Yliopistokoulutuksen saaneiden äitien tyttörien sosiaalisen toimintakyvyn pistemäärän keskiarvo oli 54 pistettä (SD 9), ammattikorkeakoulu- tai opistotasaisen tutkinnon suorittaneiden äitien tyttärillä 49 pistettä (SD 7) sekä muun koulutuksen saaneiden äitien tyttärillä 49 pistettä (SD 6). Sosiaalisen toimintakyvyn ei havaittu olevan yhteydessä sisarusten määrään, perhemuotoon, isän koulutukseen eikä äidin ikään.

4.2. Äidin mielialaoireiden yhteys tyttären psykososiaaliseen hyvinvointiin koulunaloittamisiässä

4.2.1 Äidin masennus- ja ahdistuneisuusoireiden yhteys tyttären tunne-elämän oireisiin

Tutkimuksessa masennusoireista kärsivien äitien lapsista 17 %:lla ($n = 5/29$) havaittiin tunne-elämän oireita, kun taas 14 %:lla ($n = 17/122$) tyttäristä, joiden äidit eivät ylittäneet EPDS:n alempaa katkaisupistettä, oli tällaisia oireita; ero ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä. Ahdistuneisuusoireista kärsivien äitien lapsista kenelläkään ei havaittu tunne-elämän oireita, kun taas 16 %:lla ($n = 22/140$) tyttäristä, joiden äidit eivät ylittäneet EPDS:n ahdistuneisuuden osasumman katkaisupistettä, oli tällaisia oireita; ero ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä.

4.2.2 Äidin masennus- ja ahdistuneisuusoireiden yhteys tyttären sosiaaliseen toimintakykyyn

Äidin EPDS-kokonaispistemäärän alemman katkaisupisterajan ylittymisen ja tyttären sosiaalisen toimintakyvyn T-pistemäärän välillä ei havaittu olevan tilastollisesti merkitsevää yhteyttä. Niiden äitien ryhmässä, jotka eivät ylittäneet EPDS:n summapisteiden alempaa katkaisupisterajaa, tyttäret saivat sosiaalisen toimintakyvyn T-pisteitä keskimäärin 51 (SD 8), ja niiden äitien ryhmässä, jotka ylittivät alemman katkaisupisterajan, tyttäret saivat keskimäärin 48 pistettä (SD 7). Äidin EPDS-lomakkeen ahdistuneisuutta kuvaavien pisteiden ja tyttären sosiaalisen toimintakyvyn T-pistemäärän välillä ei havaittu olevan tilastollisesti merkitsevää yhteyttä. Niiden äitien ryhmässä, jotka eivät ylittäneet ahdistuneisuuden osasumman katkaisupisterajaa, tyttäret saivat sosiaalisen toimintakyvyn T-pisteitä keskimäärin 51 (SD 8), ja niiden äitien ryhmässä, jotka ylittivät katkaisupisterajan, tyttäret saivat keskimäärin 48 pistettä (SD 6).

5 POHDINTA

Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa äidin ja tyttären mielialaoireiden esiintyvyydestä tyttären aloittaessa koulunkäynnin ja oireiden yhteydestä sosiodemografisiin tekijöihin. Lisäksi tavoitteena oli selvittää, onko äidin mielialaoireilla yhteyttä tyttären tunne-elämän oireiden esiintymiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn koulunaloittamisiässä. Äidin masennuksen yhteyttä lapsen psyykkiseen kasvuun ja kehitykseen on aiemmissa tutkimuksissa tarkasteltu paljon, erityisesti äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen yhteys lapsen psyykkisiin oireisiin on kiinnostanut tutkijoita. Tutkimusta koulunaloittamisiässä olevien lasten ja heidän äitiensä mielialaoireiden yhteydestä on kuitenkin tehty vähemmän. Koulunaloittamisikä on lapsen kehityksen kannalta merkityksellinen vaihe, koska silloin lapsi joutuu selviytymään itsenäisemmin ja näin mahdolliset ongelmat psyykkisessä kehityksessä saattavat tulla helpommin esiin. Lapsen mielialaoireilla voi olla kauaskantoisia seurauksia hänen kokonaisvaltaisen kehittymisensä kannalta, jos niitä ei havaita tarpeeksi aikaisin. Erityisesti tyttöjen mielialaoireisiin keskittyviä tutkimuksia on vähän, sillä useimmissa tutkimuksissa on tutkittu sekä tyttöjen että poikien oireilua, vaikka tyttöjen ja poikien psyykkisessä oireilussa on eroavaisuutta (Weinberg ym. 2006; Weinberg ym. 2001).

Tutkimuksessa lieviä masennusoireita esiintyi noin viidesosalla äideistä ja kliinisesti merkittäviä oireita noin yhdellä kymmenestä äidistä tyttären koulunaloittamisiässä. Lievien masennusoireiden esiintyvyys on samaa luokkaa ja kliinisesti merkittävien oireiden esiintyvyys puolestaan hieman suurempaa kuin aiemmissa samaa mielialalomaketta käyttäneissä tutkimuksissa (Luoma 2004). Huono vastausprosentti on mahdollisesti aiheuttanut aineiston valikoitumisen siten, että ne äidit, joilla ei ollut ongelmia, olivat halukkaampia palauttamaan vastauslomakkeet, mikä vähentää äidin masennuksen esiintyvyyttä. Tosin aiemmissa tutkimuksissa äidin on todettu olevan alttiimpi masennusoireiden kehittymiselle lapsen varhaislapsuuden sekä murrosiän aikaan (Gross ym. 2009, LaRoche 1989).

Ahdistuneisuuteen viittaavia oireita löytyi 7 %:lla äideistä. Tämä ylittää hieman naisilla aiemmissa tutkimuksissa todetun varsinaisten ahdistuneisuushäiriöiden 4,8 %:n

prevalenssin. EPDS-lomake on kuitenkin kehitetty pääasiassa arvioimaan masennusoireita ja näin sen perusteella saatua ahdistuneisuusoireiden yleisyyttä ei voi verrata varsinaisten ahdistuneisuushäiriöiden esiintyvyyteen.

Tutkimuksessa äidin korkeamman koulutustason havaittiin olevan masennukselta ja ahdistuneisuudelta suojaava tekijä. Lisäksi perheissä, joissa lasta hoitivat molemmat biologiset vanhemmat, äideillä oli vähemmän ahdistuneisuutta. Nämä tulokset ovat samansuuntaisia aiempien suomalaisten väestötutkimusten kanssa, joissa mielialaoireiden esiintymisen on todettu liittyvän matalan koulutus- ja tulotason sekä avioeron lisäksi naissukupuoleen ja nuoreen aikuisikään tai keski-ikään (Lönngqvist ym. 2011). Tutkimuksen äidit olivat 26-50-vuotiaita eikä iällä todettu tässä aineistossa olevan yhteyttä masennus- ja ahdistuneisuusoireisiin.

Tutkimuksessa 15 %:lla tyttäristä oli vähintään jonkin verran internalisoivia oireita ja kliinisen pisterajan ylitti 8 % tytöistä. Internalisoivien oireiden esiintyminen aineistossa oli siten suurempaa kuin suomalaisessa LAPSET-tutkimuksessa 8-9-vuotiailla tytöillä todettu 4,7 %:n masennuksen ja 7 %:n ahdistuneisuushäiriöiden esiintyvyys (Moilanen ym. 2004, Almqvist ym. 1999). Tässä tutkimuksessa tyttären oireilun ainoana arvioijana oli CBCL-lomakkeen täyttänyt äiti, kun taas LAPSET-tutkimuksessa lapsen oireiden arvioijina olivat vanhemmat, opettaja sekä lapsi itse (Puura 1998). Vanhempien kykyä tunnistaa lastensa psyykkistä oireilua pidetään yleisesti melko hyvänä, mutta lapsen masennusoireilua vanhempien voi silti olla hankala tunnistaa (Elander ja Rutter 1996, Kumpulainen ym. 1996). Lapsen oireilun havaitsemiseen voi myös vaikuttaa vanhemman masennusoireilu tai muu psyykkinen kuormittuneisuus (Jensen ym. 1988). Lomakkeiden täyttämisaikana tyttäret olivat ehtineet käymään koulua muutaman kuukauden ajan. Koulunaloittamisessa lapsen mahdolliset ongelmat alkavat näkyä paremmin kun lapsen sosiaaliset piirit laajenevat ja koulunkäynnin myötä tulee eteen uusia haastavia asioita. Tämäkin voi osaltaan selittää internalisoivien oireiden suurehkon esiintyvyyden tässä tutkimuksessa. Tyttöjen sosiaalisen toimintakyvyn T-pisteiden keskiarvoksi saatiin 51 pistettä, mikä on samaa luokkaa aiemmissa tutkimuksissa saatujen tulosten kanssa (esim. Korhonen 2014). Perhemuodolla ei tutkimuksessa ollut yhteyttä lapsen tunne-elämän oireiden määrään eikä sosiaaliseen toimintakykyyn. Aiemmissa tutkimuksissa on kuitenkin todettu yksinhuoltajuuden olevan yhteydessä lapsen internalisoivien oireiden esiintymiseen sekä huonompaan lapsen sosiaaliseen toimintakykyyn (Luoma 2004).

Aiempien tutkimusten perusteella tiedetään vanhempien masennusoireiden lisäävän lasten riskiä sairastua ahdistuneisuushäiriöihin ja muihin internalisoiviin häiriöihin (Beardslee ym. 1998). Tässä tutkimuksessa äidin masennus- ja ahdistuneisuusoireiden ja tyttären tunne-elämän oireiden välillä ei todettu olevan yhteyttä. Tulokseen saattoi osaltaan vaikuttaa aineiston mahdollinen valikoituminen. Tutkimusasetelman rajoituksena oli, että lapsen tunne-elämän oireita arvioitiin vain äidin täyttämän lapsen käyttäytymis- ja tunne-elämän oireita kartoittavan lomakkeen avulla. Lasten psyykkisten oireiden arvioinnissa on tärkeää, että lapsen oireiden esiintyvyydestä saataisiin tietoa eri toimintaympäristöissä, joten tutkimuksen luotettavuutta olisi parantanut se, että lapsen tunne-elämän oireiden esiintymisen arvioinnissa olisi ollut mahdollista käyttää myös isän ja opettajan arviota lapsen oireilusta. Lisäksi erityisesti mielialaoireiden kohdalla myös lapsen oma näkemys oireista on tärkeä, koska vanhempien voi olla vaikea tunnistaa lapsen masennusoireita (Puura 1998).

Äidin masennus- ja ahdistuneisuusoireet eivät olleet tutkimuksen perusteella yhteydessä tyttären sosiaaliseen toimintakykyynkään. Tämä tulos on ristiriidassa aiemmassa tutkimuksessa saatuun tulokseen, jonka mukaan äidin masennusoireet ovat yhteydessä 8-9-vuotiaan lapsen huonompaan sosiaaliseen toimintakykyyn verrattuna äiteihin, joilla ei ole masennusoireita (Luoma ym. 2001). Tämä ristiriita tuloksissa voi perustua siihen, että tässä tutkimuksessa sosiaalista toimintakykyä tarkasteltiin jatkuvana muuttujana. Luoman ym. (2001) tutkimuksessa sosiaalista toimintakykyä puolestaan tarkasteltiin luokiteltuna muuttujana, jolloin alimman toimintakyvyn lapset erottuivat omaksi ryhmäkseen.

Tutkimuksen tulosten yleistettävyyttä rajoittaa se, että vastausprosentti jäi erittäin pieneksi ja aineisto saattoi siten olla valikoitunutta. Pieni vastausprosentti voi osittain selittyä sillä, että äitien oli mahdollisesti vaikea hahmottaa tutkimuksen merkitystä ja hyödyllisyyttä. Huonoon vastausprosenttiin voi myös vaikuttaa se, että äideille lähetettyjä tutkimuslomakkeita oli useita ja niiden täyttäminen vei melko paljon aikaa. Tutkimuksen tiedote oli myös tehty sairaanhoitopiirin yleisen suosituksen mukaan, mikä teki tiedotteesta melko monimutkaisen ja pitkän. Tämä vaikuttaa osaltaan siihen, että vanhemman voi olla vaikea hahmottaa tutkimuksen merkitystä.

Äidin mielialaoireiden yhteydestä tyttären psyykkiseen oireiluun koulunaloittamisiässä on tehty aiemmin vähän tutkimuksia. Lasten tunne-elämän oireiden havaitseminen

viimeistään koulunaloittamisvaiheessa on tärkeää, koska oireilun pitkittyessä se vaikuttaa lapsen kokonaisvaltaiseen kehittymiseen, uusien sosiaalisten suhteiden luomiseen sekä asioiden oppimiseen koulussa. Näitä kehityspolkuja on myöhemmässä vaiheessa hankalampaa muuttaa ja paikata. Tutkimustieto äidin psyykkisten oireiden yhteydestä lapsen oireiluun olisi hyödyksi myös käytännön työssä terveydenhuollossa, jolloin osattaisiin paremmin suunnata huomiota myös mielialaoireista kärsivien äitien lapsiin. Myös jo lapsen viimeisessä neuvolatarkastuksessa ennen kouluunmenoa voitaisiin paremmin huomioida äidin psyykkinen terveys ja näin puuttua mahdollisiin riskitekijöihin jo hyvissä ajoin ennen koulunkäynnin alkua.

LÄHDELUETTELO

Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families 2001.

Almqvist F, Puura K, Kumpulainen K, Tuompo-Johansson E, Henttonen I, Huikko E, Linna S, Ikäheimo K, Aronen E, Katainen S, Piha J, Moilanen I, Räsänen E, Tamminen T (1999). Psychiatric disorders in 8-9-year-old children based on a diagnostic interview with patients. Eur Child Adolesc Psychiatry, 8(4):17-28.

Ashman SB, Dawson G, Panagiotides H. Trajectories of maternal depression over 7 years: Relation with child psychophysiology and behaviour and role of contextual risks. Dev Psychopathol 2008;20:55-77.

Beardslee WR, Versage EM, Gladstone TRG. Children of affectively ill parents: a review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1998;37:1134-41.

Birmaher B, Brent D; AACAP Work Group. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46:1503-26.

Brouwers EPM, van Baar al, Pop VMJ (2001): Does the Edinburgh Postnatal Depression Scale measure anxiety? *J Psychosom Res* 51:659-663.

Carr A. Depression in young people. Description, assessment and evidence-based treatment. *Dev Neurorehabil* 2008;11:3-15.

Colman I, Wadsworth MEJ, Croudace TJ, Jones PB. Forty-year psychiatric outcomes following assessment for internalizing disorder in adolescent. *Am J Psychiatry* 2007;164:126-33.

Condon JT, Corkindale C. The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *Br J Med Psychol* 1997;70:359-72.

Costello EJ, Erkanli A, Angold A. Is there an epidemic of child or adolescent depression? *J Child Psychol Psychiatry* 2006;47:1263-71.

Cox JL, Chapman G, Murray D, Jones P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in non-postnatal women. *Journal of Affective Disorders* 1996;39(3):185-189.

Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression, development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782-786.

Cummings EM, Davies PT. Maternal depression and child development. *J Child Psychol Psychiatry* 1994;35:73–112.

Dierker LC, Merikangas KR, Szatmari P. Influence of parental concordance for psychiatric disorders on psychopathology in offspring. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:280-8.

Egger HL, Angold A. Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *J Clin Child Psychol* 2006;47:313-37.

Elander J, Rutter M. Use and development of the Rutter parents' and teachers' scales. *Int J Meth Psychiatr Res* 1996;6:63-78.

Goodman SH, Gotlib IH. Children of depressed parent. Mechanisms of risk and implications for treatment. Washington DC: American Psychological Association 2002.

Gross HE, Shaw DS, Burwell RA, Nagin DS. Transactional processes in child disruptive behavior and maternal depression: A longitudinal study from early childhood to adolescence. *Development & Psychopathology* 2009;21(1):139-156.

Halligan SL, Murray L, Martins C, Cooper PJ. Maternal depression and psychiatric outcomes in adolescent offspring: a 13-year longitudinal study. *J Affect Disord* 2007;97:145-54.

Hammen C, Brennan PA. Severity, chronicity, and timing of maternal depression and risk for adolescent offspring diagnoses in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:253-8.

Hay DF, Pawlby S, Waters CS, Sharp D. Antepartum and postpartum exposure to maternal depression: different effects on different adolescent outcomes. *J Child Psychol Psychiatry* 2008;49:1079-88.

Jensen PS, Traylor J, Xenakis SN, Davis H. Child psychopathology rating scales and interrater agreement: I. Parents' gender and psychiatric symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988;27:442-450.

Korhonen M. Developmental Perspectives of Adolescence. Adjustment for maternal depressive symptoms. Tampere: Tampereen yliopisto 2014.

Kumpulainen K, Räsänen E, Henttonen I, Kresanov K, Linna SL, Puura K, Tuompo-Johansson E. Children with depressive symptoms. A comparison between children scoring

high on self-report and children scoring high on both self- and adult report. Nord J Psychiatry 1996;50:365-374.

LaRoche C. Children of parents with major affective disorders: A review of the past 5 years. Psychiatric Clinics of North America 1989;12(4):919-932.

Luoma I. From Pregnancy to Middle Childhood. What Predicts a Child's Socio-Emotional Well-Being? Tampere: Tampereen yliopisto 2004.

Luoma I, Tamminen T, Kaukonen P, Laippala P, Puura K, Salmelin R, Almqvist F. Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001;40:1367-74.

Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T, toim. (2011). Psykiatria. Helsinki: Duodecim.

Matthey S, Barnett B, Kavanagh KJ, Howie P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for men, and comparison of item endorsement with their partners. J Affect Disord 2001;64:175-184.

Mendes AV, Loureiro SR, Crippa JA, de Meneses Gaya C, Garcia-Esteve L, Martin-Santos R. Mothers with depression, school-age children with depression? A systematic review. Perspectives in Psychiatric Care 2012;48:138-148.

Moilanen I, Räsänen E, Tamminen T, Almqvist F, Kunpulinainen K, Piha J, toim. (2004). Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim.

Murray L, Cooper P. Postpartum depression and child development. Psychol med 1997;27:253-60.

Najman JM, Anderesen MJ, Bor W, O'Callaghan MJ, Williams GM. Postnatal depression - myth and reality: Maternal depression before and after the birth of a child. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2000a;35:19-27.

Najman JM, Williams GM, Nikles J, Spence S, Bor W, O'Callaghan M, Le Brocque R, Andersen MJ. Mothers' mental illness and child behavior problems: cause-effect association or observation bias. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000b;39:592-602.

Nurmi JE, Ahonen T, Lyytinen H, Lyytinen P, Pulkkinen L, Ruoppila I, toim. (2008). Ihmisen psykologinen kehitys. Helsinki: WSOY.

Paykel ES. Life events and affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2003;108(Suppl. 418):61-66.

Pirkola S, Isometsä E, Suvisaari J, Aro H, Joukamaa M, Poikolainen K, Koskinen S, Aromaa A, Lonnqvist J. DSM-IV Mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population. Results for the Health 2000 study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2005;40:1-10.

Puura K. What children tell and adults notice – psychiatric disturbances among Finnish children. Vammala: Tampereen yliopisto 1998.

Puura K, Almqvist F, Tamminen T, Piha J, Räsänen E, Kumpulainen K, Moilanen I, Koivisto AM. Psychiatric disturbances among prepubertal children in Finland. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 1998;33(7):310-18.

Puura K, Kumpulainen K. Lasten ahdistuneisuushäiriöt. Kirjassa: *Therapia Fennica*. Kandidaattikustannus Oy 2007.

Rutter M. Commentary: Some focus and process considerations regarding effects of parental depression on children. *Dev Psychol* 1990;26:60-7.

Shaffer D, Waslick BD. The many faces of depression in children and adolescents. Review of psychiatry series. London: American Psychiatric Publishing, Inc. 2002.

Teti DM, Gelfand DM, Messinger DS, Isabella R. Maternal depression and the quality of early attachment: An examination of infants, preschoolers, and their mothers. *Dev Psychol* 1995;31:364–76.

Weinberg MK, Olson KL, Beeghly M, Tronick EZ. Making up is hard to do, especially for mothers with high levels of depressive symptoms and their infant sons. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines* 2006;47(7):670-683.

Weinberg MK, Tronick EZ, Beeghly M, Olson KL, Kernan H, Riley JM. Subsyndromal depressive symptoms and major depression in postpartum women. *American Journal of Orthopsychiatry* 2001;71(1):87-97.

Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Pilowsky D, Verdeli H. Offspring of depressed parents: 20 years later. *Am J Psychiatry* 2006;163:1001-8.

Zalsman G, Oquendo MA, Greenhill L, Goldberg PH, Kamali M, Martin A, Mann JJ. Neurobiology of depression in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2006;15:843-68.

KYSELY VANHEMMILLE
7-18-vuotiaista koululaisista
Luottamuksellinen

Lapsen nimi:		Vanhempien työ ja ammatti (Mahdollisimman tarkasti - esim. automekaanikko, yläasteen opettaja, sairaanhoitaja, kotirouva, merkonomi, myyjä, myös vaikka vanhemmat eivät olisi juuri nyt työssä):	
Sukupuoli: <input type="checkbox"/> Poika <input type="checkbox"/> Tyttö	Ikä:	Äidinkieli: <input type="checkbox"/> Suomi <input type="checkbox"/> Ruotsi <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	Isä: _____ Äiti: _____
Päiväys: pv kk v	Lapsen sosiaaliturvatus: pv kk v tunnus		Lomakkeen täyttäjä: <input type="checkbox"/> Äiti <input type="checkbox"/> Isä <input type="checkbox"/> Muu, kuka? _____
Käykö lapsi koulua? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mikä luokka?			

Ole ystävällinen ja vastaa tämän lomakkeen kysymyksiin laittamalla rasti siihen kohtaan, joka parhaiten kuvaa, miten *Sinä itse* koet ja näet lapsen, vaikka muut saattavat olla toista mieltä. Voit lisäksi kirjoittaa omia kommenttejasi.

I. Luettelisitko urheilulajeja, joita lapsesi mieluiten harrastaa (esim. uiminen, jääkiekko, voimistelu, jalkapallo jne): <input type="checkbox"/> Ei mitään urheilulajeja	Kuinka paljon aikaa lapsi käyttää lajiin muihin samanikäisiin verrattuna?				Kuinka hyvä hän on lajissa muihin samanikäisiin verrattuna?			
	En tiedä	Keskimääräistä vähemmän	Keskimääräisesti	Keskimääräistä enemmän	En tiedä	Keskittasoinen	Keskittasoinen	Keskittasoinen
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Luettelisitko lapsesi muita lempiharrastuksia, tekemisiä ja leikkejä (esim. lukeminen, pelit, musiikki, käsityöt, postimerkkeily jne. - tv:tä ei lasketa): <input type="checkbox"/> Ei tällaisia harrastuksia	Kuinka paljon aikaa lapsi käyttää siihen muihin samanikäisiin verrattuna?				Kuinka hyvä hän on siinä muihin samanikäisiin verrattuna?			
	En tiedä	Keskimääräistä vähemmän	Keskimääräisesti	Keskimääräistä enemmän	En tiedä	Keskittasoinen	Keskittasoinen	Keskittasoinen
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Luettelisitko mihin joukkueisiin, kerhoihin, yhdistyksiin tai ryhmiin lapsi kuuluu (esim. urheiluseura/joukkue, harrastuskerho, kuoro jne): <input type="checkbox"/> Ei mihinkään	Kuinka aktiivinen hän on niissä muihin samanikäisiin verrattuna?			
	En tiedä	Ei yhtä aktiivinen kuin muut	Yhtä aktiivinen kuin muut	Aktiivisempi kuin muut
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. Luettelisitko mitä töitä ja tehtäviä lapsella on (esim. oman huoneen siivous, muut kotityöt, mainosten jakaminen, lastenhoito jne):		Kuinka hyvin hän itsenäisesti suoriutuu tehtävis- tään muihin samanikäisiin verrattuna?			
<input type="checkbox"/> Ei mitään		En tiedä	Keskitasoa huonommin	Keskitasoi- sesti	Keskitasoa paremmin
a.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V.1. Kuinka monta läheistä ystävää lapsella on? ☐ Ei yhtään ☐ 1 ☐ 2 tai 3 ☐ 4 tai enemmän
(Sisaruksia ei lasketa mukaan)

2. Kuinka monta kertaa viikossa lapsi tapaa
ystäviään koulun ulkopuolella? ☐ Vähemmän kuin kerran ☐ 1 tai 2 ☐ 3 tai useammin

VI. Verrattuna muihin samanikäisiin kuinka hyvin lapsesi:

	Huonommin	Keskitasoisesti	Paremmiin	
a. Tulee toimeen sisarustensa kanssa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ei ole sisaruksia
b. Tulee toimeen muiden lasten kanssa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Tulee toimeen vanhempiensa kanssa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Leikkii tai työskentelee omin päin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VII. Lapsen koulumenestys

Kuinka lapsi menestyy seuraavissa aineissa verrattuna muihin samanikäisiin:

	Ala-ar- voisesti	Keskitasoa huonommin	Keskitasoi- sesti	Keskitasoa paremmin
<input type="checkbox"/> Ei käy koulua, miksi?				
a. Äidinkieli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ympäristöoppi, uskonto, historia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Matemaattiset aineet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Biologia, fysiikka, kemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Muut aineet:</u>				
e. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Käykö lapsi erityisluokkaa tai -koulua? ☐ Ei ☐ Kyllä, minkälaisista?

3. Onko lapsi käynyt jonkun luokan kahteen kertaan? ☐ Ei ☐ Kyllä, minkä?

4. Onko lapsella ollut vaikeuksia jossain kouluaiineessa tai muita kouluvaikeuksia?

☐ Ei ☐ Kyllä, minkälaisia? Milloin nämä vaikeudet alkoivat?

Ovatko nämä ongelmat loppuneet? ☐ Ei ☐ Kyllä, milloin?

Onko lapsellasi joku sairaus, ruumillinen vamma tai mielenterveysongelma?

☐ Ei ☐ Kyllä - kertoisitko tarkemmin:

Mikä huolestuttaa Sinua eniten lapsessasi?

Kuvailisitko lapsesi parhaita puolia:

Seuraavassa on joukko lapsilla joskus esiintyviä ominaisuuksia ja ongelmia. Arvioi miten mikin väittämä sopii lapseesi, kun ajattelet tätä hetkeä ja viimeksi kulunutta puolta vuotta. Ympyröi sopivin vaihtoehto. Ole ystävällinen ja vastaa kaikkiin kysymyksiin, myös vaikka joku väittämä ei oikein sovi tälle lapselle.

0 = Ei sovi lainkaan	1 = Sopii jossain määrin tai toisinaan	2 = Sopii erittäin hyvin tai usein
0 1 2 1. Lapsi käyttäytyy ikaistään nuoremmalla tavalla	0 1 2 36. Satuttaa itsensä usein, on tapaturma-altis	
0 1 2 2. On allerginen. (Kuvaile):	0 1 2 37. Joutuu usein tappeluun	
0 1 2 3. Väittää usein vastaan	0 1 2 38. Joutuu usein kiusatuksi	
0 1 2 4. Lapsella on astma	0 1 2 39. Liikkuu sellaisten kavereiden kanssa, jotka joutuvat usein vaikeuksiin	
0 1 2 5. Käyttäytyy vastakkaisen sukupuolen tavoin	0 1 2 40. Kuulee ääniä, joita ei ole olemassa. (Kuvaile):	
0 1 2 6. Ulostaa muualle kuin vessaan, esim. housuihin	0 1 2 41. Toimii hetken mieltäjohteesta tai ajattelematta	
0 1 2 7. Kerskailee, leuhkii, mahtaillee	0 1 2 42. On mieluummin yksin kuin muiden kanssa	
0 1 2 8. Ei pysty keskittymään tai olemaan tarkkaavainen pitkää aikaa	0 1 2 43. Valehtelee tai petkuttaa	
0 1 2 9. Ei saa pois mielestään tiettyjä ajatuksia. (Kuvaile):	0 1 2 44. Pureskelee kynsiään	
0 1 2 10. On levoton, ei pysty istumaan hiljaa	0 1 2 45. Lapsi on hermostunut, kireä tai jännittynyt	
0 1 2 11. On liian riippuvainen, takertuu aikuisiin	0 1 2 46. Hermostuneita liikkeitä tai nykimistä. (Kuvaile):	
0 1 2 12. Valittaa yksinäisyyttä	0 1 2 47. Näkee painajaisia	
0 1 2 13. On hämmentynyt ja ymmällään	0 1 2 48. Muut lapset eivät pidä hänestä	
0 1 2 14. Itkee paljon	0 1 2 49. Hänellä on ummetusta	
0 1 2 15. On julma eläimille	0 1 2 50. On liian pelokas tai ahdistunut	
0 1 2 16. On julma tai ilkeä, kiusaa muita	0 1 2 51. Tuntee huimausta	
0 1 2 17. Unelmoi tai vaipuu ajatuksiinsa	0 1 2 52. Tuntee liikaa syyllisyyttä	
0 1 2 18. Vahingoittaa itseään tahallisesti tai yrittää itsemurhaa	0 1 2 53. Syö liikaa	
0 1 2 19. Vaatii paljon huomiota	0 1 2 54. On liian väsynyt	
0 1 2 20. Rikkoo tai tuhoaa omia tavaroitaan	0 1 2 55. On ylipainoinen. Paino: _____ kg. Pituus: _____ cm.	
0 1 2 21. Rikkoo perheelleen tai muille kuuluvia tavaroita	56. On ruumiillisia vaivoja ilman todettua lääketieteellistä syytä:	
0 1 2 22. On tottelematon kotona	0 1 2 a. Särkyä tai kipuja (ei päänsärky)	
0 1 2 23. On tottelematon koulussa	0 1 2 b. Päänsärky	
0 1 2 24. Syö huonosti	0 1 2 c. Pahoinvointia, sairaloitua.	
0 1 2 25. Ei tule toimeen muiden lasten kanssa	0 1 2 d. Silmävaivoja (Kuvaile):	
0 1 2 26. Ei näytä tuntevan syyllisyyttä käyttäytyttyään huonosti	0 1 2 e. Ihottumaa tai muita iho-ongelmia	
0 1 2 27. On helposti kateellinen	0 1 2 f. Vatsakipuja	
0 1 2 28. Syö tai juo muuta kuin ruoka-aineita - ei tarkoita makeisia. (Kuvaile):	0 1 2 g. Oksentelua	
0 1 2 29. Pelkää tiettyjä eläimiä, tilanteita tai paikkoja - muuta kuin koulua. (Kuvaile):	0 1 2 h. Muuta (Kuvaile):	
0 1 2 30. Pelkää kouluun menoa	0 1 2 57. Hyökkää toisten kimppuun, esim. lyö toisia	
0 1 2 31. Pelkää ajattelevansa tai tekevänsä jotain pahaa. (Kuvaile):	0 1 2 58. Nyppii ihoaan, nenäänsä tai muita ruumiinosiaan. (Kuvaile):	
0 1 2 32. Tuntee, että hänen on oltava täydellinen	0 1 2 59. Leikkii sukupuolielimillään julkisesti	
0 1 2 33. Tuntee tai valittaa, että kukaan ei rakasta häntä	0 1 2 60. Leikkii sukupuolielimillään liian paljon	
0 1 2 34. Tuntee toisten uhkaavan tai vainoavan itseään	0 1 2 61. Selviytyy huonosti koulutyöstä	
0 1 2 35. Tuntee olevansa arvoton tai huonompi kuin muut	0 1 2 62. On kömpelö, liikkeiden koordinaatio on huono	

0 = Ei sovi lainkaan

1 = Sopii jossain määrin tai toisinaan

2 = Sopii erittäin hyvin tai usein

0 1 2 63. On mieluiten itseään vanhempien lasten kanssa	0 1 2 97. Uhkailee muita ihmisiä
0 1 2 64. On mieluiten itseään nuorempien lasten kanssa	0 1 2 98. Imee peukalooaan
0 1 2 65. Kieltäytyy puhumasta	0 1 2 99. On liian huolissaan järjestyksestä tai siisteydestä
0 1 2 66. Toistaa tiettyjä toimintoja uudelleen ja uudelleen, on pakotoimintoja. (Kuvaile):	0 1 2 100. Nukkumisongelmia. (Kuvaile):
0 1 2 67. Karkaa kotoa	0 1 2 101. Pinnaa koulusta
0 1 2 68. Huutaa paljon	0 1 2 102. On vetämätön, hidasliikkeinen ja voimaton
0 1 2 69. Vaitelias, pitää asiat itsellään	0 1 2 103. On onneton, surullinen tai masentunut
0 1 2 70. Näkee asioita, joita ei ole. (Kuvaile):	0 1 2 104. On epätavallisen änekäs
0 1 2 71. On vaivautunut, menee helposti hämilleen	0 1 2 105. Käyttää alkoholia tai muita huumausaineita
0 1 2 72. Sytyttelee tulipaloja	0 1 2 106. Tuhoaa ja rikkoo paljon
0 1 2 73. Seksuaalisuuteen liittyviä ongelmia. (Kuvaile):	0 1 2 107. Päiväkastelua
0 1 2 74. Yrittää tehdä vaikutuksen tai pelleilee	0 1 2 108. Yökastelua
0 1 2 75. On ujo	0 1 2 109. Marisee ja kitisee
0 1 2 76. Nukkuu vähemmän kuin useimmat lapset	0 1 2 110. Toivoisi olevansa vastakkaista sukupuolta
0 1 2 77. Nukkuu päivällä ja/tai yöllä enemmän kuin useimmat lapset. (Kuvaile):	0 1 2 111. On vetäytyvä, ei liity muiden seuraan
0 1 2 78. Sotkee tai leikkii ulosteella	0 1 2 112. On huolestunut
0 1 2 79. Puhevaikeuksia. (Kuvaile):	0 1 2 113. Jos lapsellasi on muita kuin edellä lueteltuja ongelmia, kirjoittaisitko ne tähän:
0 1 2 80. Tuijottaa ilmeettömästi	
0 1 2 81. Varastaa kotoa	
0 1 2 82. Varastaa kodin ulkopuolelta	
0 1 2 83. Kerää tavaroita, joita ei tarvitse. (Kuvaile):	
0 1 2 84. Outoa käyttäytymistä. (Kuvaile):	
0 1 2 85. Outoja ajatuksia. (Kuvaile):	
0 1 2 86. On itsepäinen, juro tai ärtyisä	
0 1 2 87. Mielialat tai tunteet vaihtelevat äkillisesti	
0 1 2 88. Murjottaa paljon	
0 1 2 89. On epäluuloinen	
0 1 2 90. Kiroilee tai käyttää rivoa kieltä	
0 1 2 91. Puhuu itsensä tappamisesta	
0 1 2 92. Puhuu tai kävelee unissaan. (Kuvaile):	
0 1 2 93. Puhuu liian paljon	
0 1 2 94. Kiusaa paljon muita	
0 1 2 95. Saa raivokohtauksia tai on kiivasluontoinen	
0 1 2 96. Ajattelee liikaa seksiasioita	

Ole ystävällinen ja tarkista, että olet vastannut kaikkiin kysymyksiin.

Alleviivaa niitä kohtia, joista olet huolissasi, jos sellaisia on!

KIITOS VASTAUKSISTA!

Mikäli vielä haluat kertoa jotain lapsestasi, voit käyttää alla olevaa tilaa siihen.

Nimi _____

Pmv _____

KYSYMYKSIÄ MIELIALASTA

Ympyröi sen vastausvaihtoehdon numero, joka parhaiten kuvastaa *seitsemän viime päivän aikana* kokemiasi tunteita ja vointia. Älä siis vastaa pelkästään tämänpäiväisen vointisi perusteella. Kaikki 10 kohtaa tulee täyttää.

Seitsemän viime päivän aikana:

- | | |
|--|--|
| <p>1. Olen kyennyt nauramaan ja näkemään asioiden huvittavan puolen.</p> <p>1 Yhtä hyvin kuin aina ennenkin.</p> <p>2 Jonkin verran huonommin kuin ennen.</p> <p>3 Selvästi huonommin kuin ennen.</p> <p>4 En lainkaan.</p> | <p>7. Olen ollut niin onneton, että olen nukkunut huonosti</p> <p>1 Kyllä, enimmäkseen.</p> <p>2 Kyllä, joskus.</p> <p>3 Ei, en kovin usein.</p> <p>4 Ei, en ollenkaan.</p> |
| <p>2. Olen odottanut innokkaasti asioita ja tapahtumia.</p> <p>1 Yhtä paljon kuin ennen.</p> <p>2 Jonkin verran vähemmän kuin ennen.</p> <p>3 Selvästi vähemmän kuin ennen.</p> <p>4 Tuskin lainkaan.</p> | <p>8. Minulla on ollut surullinen ja kurja olo.</p> <p>1 Kyllä, suurimman osan ajasta.</p> <p>2 Kyllä, aika usein.</p> <p>3 Ei, ei kovin usein.</p> <p>4 Ei, ei lainkaan.</p> |
| <p>3. Olen moittinut itseäni tarpeettomasti, kun asiat ovat sujuneet huonosti.</p> <p>1 Kyllä, useimmiten.</p> <p>2 Kyllä, toisinaan.</p> <p>3 Ei, en kovin usein.</p> <p>4 Ei, en ollenkaan.</p> | <p>9. Olen ollut niin onneton, että olen itkenyt.</p> <p>1 Kyllä</p> <p>2 Kyllä, aika usein.</p> <p>3 Ei, ei kovin usein.</p> <p>4 Ei, ei lainkaan.</p> |
| <p>4. Olen ollut ahdistunut ja huolestunut ilman syytä.</p> <p>1 Ei, en lainkaan</p> <p>2 Ei, tuskin ollenkaan.</p> <p>3 Kyllä, joskus.</p> <p>4 Kyllä, hyvin usein.</p> | <p>10. Mieleeni on tullut ajatus, että vahingoittaisin itseäni.</p> <p>1 Kyllä, aika usein.</p> <p>2 Kyllä, joskus.</p> <p>3 Ei, tuskin koskaan.</p> <p>4 Ei, ei koskaan.</p> |
| <p>5. Olen ollut peloissani ja kauhuissani ilman kovin selkää syytä.</p> <p>1 Kyllä, aika usein.</p> <p>2 Kyllä, joskus</p> <p>3 Ei, enpä juuri.</p> <p>4 Ei, en lainkaan.</p> | |
| <p>6. Asiat ovat käyneet yli voimieni.</p> <p>1 Kyllä, enimmäkseen en ole kyennyt selviytymään ollenkaan.</p> <p>2 Kyllä, toisinaan en ole kyennyt selviytymään yhtä hyvin kuin tavallisesti.</p> <p>3 Ei, enimmäkseen olen selviytynyt aika hyvin.</p> <p>4 Ei, olen selviytynyt yhtä hyvin kuin ennenkin.</p> | |

Liite 3

YLEISTIETOLOMAKE äidin täytettäväksi

LIITE 5

Tutkimukseen osallistuvan lapsen nimi

Lomakkeen täyttöpäivä

Ole ystävällinen ja vastaa kaikkiin kysymyksiin. Rengasta sopivin vaihtoehto tai sopivimmat vaihtoehdot ja/tai kirjoita vastauksesi sille varattuun tilaan.

1. Montako lasta perheessäsi asuu?

2. Lasten sukupuoli ja syntymävuosi (tyttö = T, poika = P; esim. T02, P04 jne.)

Seuraaviin kysymyksiin pyydämme vastaamaan tutkimukseen osallistuvan lapsen osalta.

3. Lapsen hoidosta vastaavat vanhemmat ovat

1 lapsen biologiset vanhemmat

2 biologinen äiti ja kasvatusisä (äidin uusi avo – tai aviopuoliso)
vuodesta_____lähtien

3 biologinen äiti yksin
vuodesta_____lähtien

4 muu, kuka?
vuodesta_____lähtien

4. Jos lapsen vanhemmat ovat eronneet, vanhempien avioerovuosi?

5. Onko tyttärelläsi jokin pitkäaikainen sairaus tai vamma?

1 ei; siirry kysymykseen 7

2 kyllä, millainen?

6. Jos tyttärelläsi on pitkäaikainen sairaus tai vamma, miten hän on mielestäsi sopeutunut siihen

- 1 hyvin
- 2 melko hyvin
- 3 kohtalaisesti
- 4 melko huonosti
- 5 huonosti
- 6 en osaa sanoa

7. Onko tyttäresi kehityksessä todettu jotain erityistä mainittavaa?

- 1 ei
 - 2 kyllä, mitä erityistä?
-

8. Aloittaako tyttäresi koulun syksyllä 2012?

- 1 kyllä, *valitse vaihtoehto*
 - a tavallinen luokka, yleisopetus
 - b pienluokka
 - c muu erityisopetuksen luokka
 - d muu vaihtoehto, mikä?
-

- 2 ei, miksi ei?
-

9. Oletko huolissasi tyttäresi koulunkäyntiin liittyvistä asioista?

- 1 ei
 - 2 kyllä, mistä asioista?
-

Seuraavat kysymykset koskevat Sinua

10. Syntymävuotesi_____

11. Koulutuksesi (viimeisin päästötodistuksesi)

- 1 peruskoulu
 - 2 ammattikoulu
 - 3 lukio
 - 4 opisto, ammattikorkeakoulu
 - 5 yliopisto
 - 6 muu, mikä?
-

12. Ammattisi

13. Siviilisäätysi

- 1 avioliitto
- 2 avoliitto
- 3 naimaton
- 4 eronnut
- 5 leski

14. Asutko

- 1 yhdessä miehesi ja lapsesi tai lastesi kanssa
 - 2 yksinhuoltajana lapsesi tai lastesi kanssa
 - 3 yksin
 - 4 uusperheenä (sinun lapsiasi ja/tai miehesi lapsia)
 - 5 muuten, miten?
-

15. Millainen on suhteesi mieheesi ollut viime aikoina?

- 1 minulla ei ole miestä
- 2 erittäin hyvä
- 3 melko hyvä
- 4 tavanomainen
- 5 melko huono
- 6 erittäin huono
- 7 en osaa sanoa

16. Onko sinulla hyvää ystävää tai läheistä ihmistä, jolle voit puhua ja jolta voit pyytää apua?

- 1 kyllä, useita
- 2 kyllä, riittävästi

- 3 liian vähän
- 4 ei ollenkaan
- 5 en osaa sanoa

17. Oletko tällä hetkellä elämääsi

- 1 hyvin tyytyväinen
- 2 melko tyytyväinen
- 3 en osaa sanoa
- 4 sekä tyytyväinen että tyytymätön
- 5 melko tyytymätön
- 6 hyvin tyytymätön

18. Oletko tällä hetkellä huolissasi jostakin?

- 1 en
 - 2 en osaa sanoa
 - 3 kyllä, mistä?
-
-

19. Millainen terveydentilasi on tällä hetkellä?

- 1 hyvä
 - 2 melko hyvä
 - 3 keskinkertainen
 - 4 melko huono
 - 5 huono, miksi?
-

20. Onko sinulla jokin pysyvä tai pitkäaikainen sairaus tai vamma?

- 1 ei
 - 2 kyllä, mikä?
-

21. Millainen on mielenterveytesi tällä hetkellä?

- 1 hyvä
 - 2 kohtalainen
 - 3 huono, miksi?
-

22. Oletko ollut hoidettavana mielenterveydellisistä syistä?

- 1 en
 - 2 kyllä, missä, milloin ja miksi?
-
-

23. Onko sinulla säännöllistä lääkitystä?

- 1 ei
 - 2 kyllä, mitä?
-

Seuraavat kysymykset koskevat tutkimukseen osallistuvan lapsesi isää

24. Isän syntymävuosi_____

25. Isän koulutus (viimeisin päästötodistus)

- 1 peruskoulu
 - 2 ammattikoulu
 - 3 lukio
 - 4 opisto, ammattikorkeakoulu
 - 5 yliopisto
 - 6 muu, mikä?
-

7 en osaa sanoa

26. Isän ammatti

27. Isän terveydentila tällä hetkellä

- 1 hyvä
- 2 melko hyvä
- 3 keskinkertainen
- 4 melko huono
- 5 huono, miksi?

6 en osaa sanoa

28. Millainen on isän mielenterveys tällä hetkellä

- 1 hyvä
- 2 kohtalainen
- 3 huono, miksi?

4 en osaa sanoa